



MANAGEMENT OF PROSTATE CANCER

Anantyo Kusuma Yudha¹⁾

¹⁾Medical Faculty, Lampung University

Abstract

Background. Prostate carcinoma is uncommon in the early of 19th century, but now it almost be regarded as the most common malignancy in men. Not all of the prostate cancer showed clinical signs and there were no signs of malignant changes in the early stage. The variability signs of prostate cancer causes controversy to the treatment and outcome. **Case.** A man, 63 years old, admitted to hospital with chief complaint was difficult urination since 2 years ago. He had frequency, urgency, dysuria. He also can not urination and was catheterized for 2 times. His weight had loss since 10 months ago. On physical examination there was no abnormal finding, on rectal toucher there was palpable prostate, more than 4 cm in diameter, craggy surface, symmetrical, hard and solid consistency, the upper pole of the prostate was not palpable and no tenderness. Prostate specific antigen (PSA) was 16 ng/ml. On Ultrasonography (USG) the prostate was enlarge. **Conclusion.** Treatment for patients with T2 stage of prostate cancer or Whitmore B stage is radical prostatectomy. [Medula Unila.2014;2(3):15-20]

Keywords: cancer, prostatectomy

PENANGANAN PASIEN DENGAN KANKER PROSTAT

Abstrak

Latar belakang. Karsinoma prostat jarang didapatkan pada awal abad ke 19, namun pada saat ini hampir dapat dikatakan sebagai keganasan yang terbanyak yang didapatkan pada pria. Tidak semua karsinoma prostat menunjukkan tanda klinis dan bahkan saat ditemukan tidak semua menunjukkan tanda perubahan biologis yang maligna. Kemajemukan tanda karsinoma prostat menyebabkan berbagai kontroversi mengenai penanganan dan hasilnya. **Kasus.** Seorang laki-laki, 63 tahun, masuk rumah sakit dengan keluhan utama sulit buang air kecil dialami sejak kurang lebih 2 tahun yang lalu. Pasien mengalami frekuensi, urgensi, dysuria. Pasien pernah tidak bisa kencing dan pernah dipasang kateter sebanyak 2 kali. Terdapat penurunan berat badan dirasakan sejak 10 bulan lalu. Pada pemeriksaan fisik *rectal toucher* teraba prostat dengan ukuran lebih dari 4 cm, permukaan berbenjol-benjol, simetris, konsistensi padat keras, *pole* atas tidak teraba walaupun dengan bimanual, tidak ada nyeri tekan. Prostate specific antigen (PSA) yaitu 16 ng/ml. pada pemeriksaan Ultrasonografi (USG) didapatkan pembesaran prostat. **Simpulan.** Tindakan yang dilakukan terhadap pasien yang diduga sebagai kanker prostat stadium T2 atau Whitmore B adalah dilakukan prostatektomi radikal. [Medula Unila.2014;2(3):15-20]

Kata kunci: kanker, prostatektomi



Pendahuluan

Karsinoma prostat merupakan keganasan yang terbanyak diantara keganasan sistem urogenitalia pria. Tumor ini menyerang pasien yang berusia di atas 50 tahun, diantaranya 30% menyerang pria berusia 70-80 tahun dan 75% pada usia lebih dari 80 tahun. Kanker ini jarang menyerang pria berusia sebelum usia 45 tahun (Purnomo, 2011).

Kanker prostat merupakan tumor yang paling sering terjadi pada pria di Amerika Serikat. Sekitar 200.000 kasus baru didiagnosis setiap tahunnya. Kanker prostat menunjukkan morbiditas dan mortalitas yang sangat tinggi pada populasi pria di Amerika. Secara khusus kanker prostat ternyata lebih banyak diderita oleh bangsa Afro-Amerika yang berkulit hitam daripada bangsa kulit putih. Hal tersebut ditunjukkan dengan perbandingan bahwa 1 dari 9 pada kulit hitam di Amerika Utara akan menderita kanker prostate, sedangkan pada kulit putih di Amerika Utara hanya 1 dari 11 orang akan mengidap kanker prostate. Sedangkan di Asia sendiri masih terhitung rendah. Di Indonesia data di bagian Sub bagian Urologi, Bagian bedah FKUI, selama periode 1995-1998 ditemukan data-data 17 kasus per tahun. Data dari 13 Fakultas Kedokteran Negeri di Indonesia kanker prostat termasuk dalam 10 penyakit keganasan tersering pada pria dan menduduki peringkat ke 2 setelah kanker buli-buli (Rainy, 2005).

Kenaikan insidens kanker prostat dapat dihubungkan dengan peningkatan usia harapan hidup, perubahan pola makan khususnya kombinasi lemak dan modalitas diagnostik yang lebih baik. Sejak diperkenalkan pada akhir tahun 80-an, *prostate spesifik antigen* (PSA) merupakan salah satu alat bantu untuk diagnosis kanker prostat, dikombinasikan dengan pemeriksaan colok dubur dan biopsi prostat dengan bimbingan *Transrectal Ultrasonography* (TRUS). Biopsi prostat dilakukan apabila ditemukan kecurigaan kanker prostat pada pemeriksaan colok dubur yaitu adanya konsistensi prostat yang keras, adanya nodul, atau pembesaran prostat yang tidak simetris. Biopsi juga akan dikerjakan bila ditemukan lesi hypoechoic atau hiperechoic pada pemeriksaan TRUS. Selain itu juga dikerjakan bila nilai PSA >10 ng/ml atau *PSA density* (PSAD) >0,15 pada penderita dengan



nilai PSA antara 4 – 10 ng/ml walaupun tidak ada kecurigaan pada pemeriksaan colok dubur maupun pemeriksaan TRUS (Rainy, 2005).

Pilihan perawatan medis untuk mengobati kanker prostat tidak sama untuk semua kanker prostat. Pemilihan pengobatan tergantung pada usia, kondisi medis umum, harapan hidup, seberapa cepat tumbuh dan berapa banyak kanker telah menyebar, dan manfaat serta kemungkinan efek samping pengobatan. Sebuah rencana perawatan harus individual pada setiap pasien dan tergantung pada dokter untuk menentukan terapi serta kemungkinan efek samping terapi (Thompson I *et al.*, 2007).

Kasus

Seorang laki-laki, 63 tahun, masuk rumah sakit dengan keluhan utama sulit buang air kecil dialami sejak kurang lebih 2 tahun yang lalu, jika buang air kecil pasien harus mengedan dulu dan kadang terasa nyeri, pancaran kencing lemah dan terputus – putus, setelah buang air kecil pasien merasa tidak puas dan terasa ingin buang air kecil lagi, buang air kecil malam hari lebih dari 5 kali. Tidak ada riwayat kencing keluar batu, tidak ada riwayat kencing disertai darah dan nanah. Keluhan ini dirasakan semakin berat sejak 10 bulan terakhir. Riwayat dipasang kateter karena tidak bisa kencing sebanyak 2 kali. Riwayat penurunan berat badan. Dirasakan sejak kurang lebih 10 bulan yang lalu sebanyak 5 kg.

Pada pemeriksaan fisik tidak ada kelainan. Pada *rectal toucher* teraba prostat dengan ukuran > 4 cm, permukaan berbenjol-benjol, simetris, konsistensi padat keras, pool atas tidak teraba walaupun dengan bimanual, tidak ada nyeri tekan. Pemeriksaan radiologi dengan USG didapatkan pembesaran ukuran prostat. Hepar dan spleen dalam batas normal dan dari pemeriksaan kadar PSA didapatkan nilai 16 ng/ml. Pasien menjalani pemeriksaan rontgen torak dan diperoleh bahwa keadaan jantung dan paru dalam batas normal menandakan bahwa tidak ada metastase ke organ lain.

Dari anamnesa, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang maka pada pasien ini dapat ditegakkan diagnosis pembesaran prostat dengan dugaan *malignancy*, selanjutnya pasien dianjurkan untuk dilakukan operasi radikal



prostatektomi dan kemudian jaringan prostat dilakukan pemeriksaan patologi anatomi dibawah mikroskop.

Pembahasan

Dari anamnesis pasien ini didapatkan keluhan utama sulit buang air kecil. Keadaan seperti ini dapat terjadi karena terdapat obstruksi pada saluran kencing bagian bawah, yang dapat disebabkan oleh batu buli – buli atau uretra, serta pembesaran prostat. Dari anamnese lebih lanjut, didapatkan keluhan lain, seperti harus mengedan saat ingin berkemih (*hesitancy*), pancaran urin lemah, aliran kencing terputus-putus (*intermittency*), rasa tidak puas setelah berkemih, dan menetes setelah berkemih (*terminal dribbling*), susah menahan kencing (*urgency*), sering-sering berkemih (*frequency*), dan sering terbangun tengah malam untuk BAK (*nocturia*). Kumpulan gejala tersebut disebabkan adanya obstruksi dan iritasi pada saluran kencing bagian bawah yang disebut *Lower Urinary Tract Symptoms* (LUTS), hal ini sesuai dengan penelitian bahwa 76,7% pasien kanker prostat datang dengan keluhan utama mengenai buang air kecil (LUTS) namun dengan gejala yang bervariasi (Mahadi, 2009).

Kemungkinan penyebab batu vesika urinaria dan batu uretra dapat disingkirkan dari anamnesis karena tidak didapatkan buang air kecil yang tiba – tiba berhenti yang disertai nyeri kolik dan mengalir kembali pada perubahan posisi, serta tidak ada riwayat kencing keluar batu, dari keluhan – keluhan diatas , yang paling memungkinkan untuk menyebabkan terjadinya obstruksi adalah suatu pembesaran kelenjar prostat. Pembesaran kelenjar prostat dapat dapat bersifat jinak atau ganas (Gades *et al.*, 2005)

Dari pemeriksaan *rectal toucher* didapatkan sphincter ani mencekik, ampula kosong, mukosa licin, teraba pembesaran prosat ke arah rectum ukuran lebih dari 4 cm, permukaan berbenjol-benjol, konsistensi padat keras, *pole* atas sulit diraba. Dari pemeriksaan bimanual tidak teraba massa dalam vesica urinaria serta didapatkan kadar PSA (*Prostat spesific Antigen*) sebesar nilai 16 ng/ml. Hal ini lebih meyakinkan kita bahwa pasien ini menderita hipertropi prostat dengan dugaan *malignancy* karena pemeriksaan colok dubur adalah modalitas diagnostik



yang mudah dikerjakan dan bila ternyata terdapat kanker prostat, hasil pemeriksaan ini dapat digunakan menentukan stadium tumor (T). Adanya nodul, konsistensi keras atau pembesaran prostat yang asimetris adalah tanda mencurigakan adanya keganasan prostat, serta pemeriksaan colok dubur dan pengukuran kadar PSA merupakan pemeriksaan lini pertama untuk mencurigai adanya kanker prostat pada seseorang (Carter & Partin, 2008).

Pada pasien dianjurkan untuk dilakukan operasi radikal prostatektomi dan kemudian jaringan prostat dilakukan pemeriksaan patologi anatomi. Indikasi utama pengobatan prostatektomi radikal adalah penderita dengan tumor terlokalisir (T1-T2) dengan harapan hidup saat diagnosis > 10 tahun, umumnya usia maksimal 75 tahun, Sudah tentu sebelum memilih pengobatan ini harus dicari dan dipertimbangkan adanya komorbiditas yang dapat menyulitkan saat operasi atau memperburuk keadaan penderita setelah tindakan pembedahan (Bartsch *et al.*, 2006).

Simpulan

Tindakan yang dilakukan terhadap pasien kanker prostat stadium T2 atau Withmore B adalah dilakukan prostatektomi radikal.

Daftar Pustaka

- Bartsch G, Catalona W, Gospodarowics M. 2006. Developments in the treatment of localized prostate cancer. In: McConnell J, editors. 6th International Consultation on prostate cancer. Paris: Health Publication. Pp 277-308
- Carter HB and Partin AW. 2007. Diagnosis and staging of prostate cancer. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, editors. Campbell's Urology. Philadelphian: Saunders. Pp 3055-79
- Gades NM, Jacobson DJ, Girman CJ, Roberts RO, Lieber MM, Jacobsen SJ. 2005. Prevalence of conditions potentially associated with lower urinary tract symptoms in men. BJU International. 95: 549-53
- Mahadi E. 2009. Penanganan karsinoma prostat di RSUD Moewardi Surakarta. Jurnal Urologi Indonesia. 16(1): 25-8



- Purnomo B. 2011. Dasar-Dasar Urologi. Ed. 3: Onkologi Urogenitalia. Jakarta. Sagung Seto. Hal 175-80.
- Rainy U. 2005. Karakteristik dan penanganan kanker prostat di Indonesia; pengamatan sepuluh tahun. Indonesia Journal of Cancer. 33(4): 107-14
- Thompson I, Thrasher JB, Aus G, Burnett AL, Canby-Hagino ED, Cookson MS et al. 2007. Guideline for the management of clinically localized prostate cancer: update. J Urol 2007. 177: 2106-31